

名糖健康保険組合 項目一覧表

●必須項目、□医師判断項目 △任意で選択設定項目

2025年度

| コースの詳細項目 | | 基本健診 | 特定健診 | 巡回レディース | 巡回特定健診 |
|-------------------|------------------------------------|------|------|---------|--------|
| 問診・ 診察・ 質問票 | 医師問診・理学的所見（身体診察） | ● | ● | ● | ● |
| | 自覚症状および他覚症状の有無の検査 | ● | ● | ● | ● |
| | 問診：既往歴及び業務歴の調査 | ● | ● | ● | ● |
| | 問診：特定22項目（喫煙歴・服用歴必須） | ● | ● | ● | ● |
| 身体測定 | 身長 | ● | ● | ● | ● |
| | 体重 | ● | ● | ● | ● |
| | B M I | ● | ● | ● | ● |
| | 腹囲 | ● | ● | ● | ● |
| 生理 | 血圧 | ● | ● | ● | ● |
| | 心電図（12誘導） | ● | □ | ● | — |
| | 眼底検査（両眼） | □ | □ | — | — |
| | 視力 | ● | — | ● | — |
| | オージオメーター(1000/4000) | ● | — | ● | — |
| X線 | 胸部X線撮影（直接） | ● | — | ● | — |
| 生化学 | 総蛋白（T P） | — | — | ● | — |
| | 総ビリルビン（T-b i l l i） | — | — | ● | — |
| | A/G比 | — | — | ● | — |
| | クレアチニン(C R E) | ● | □ | ● | — |
| | 尿酸(U A) | ● | — | ● | — |
| | 尿素窒素(B U N) | ● | — | ● | — |
| | 総コレステロール(T-C h o) | ● | — | ● | — |
| | H D L-c h o | ● | ● | ● | ● |
| | L D L-c h o（もしくはn o n-H D L c h o） | ● | ● | ● | ● |
| | 中性脂肪(T G) もしくは随時(3.5時間以上) | ● | ● | ● | ● |
| | G O T (A S T) | ● | ● | ● | ● |
| | G P T (A L T) | ● | ● | ● | ● |
| | γ-G T P (γ-G T) | ● | ● | ● | ● |
| | 空腹時血糖(B S) もしくは随時(3.5時間以上) | ● | ● | ● | ● |
| | グリコヘモグロビンA 1 c (H b A 1 c) | ● | ● | ● | ● |
| 血液学 | 赤血球(R B C) | ● | □ | ● | — |
| | 白血球(W B C) | ● | — | ● | — |
| | 血色素(ヘモグロビン) | ● | □ | ● | — |
| | ヘマトクリット(H t) | ● | □ | ● | — |
| | 血小板数(P L T / P L) | ● | — | — | — |
| | 鉄(F e) | — | — | ● | — |
| 尿 | 尿蛋白 | ● | ● | ● | ● |
| | 尿糖 | ● | ● | ● | ● |
| | 尿潜血 | ● | — | ● | ● |
| | ウロビリノーゲン | ● | — | — | — |
| 便 | 便潜血検査 | ● | — | ● | — |
| オプション | マンモグラフィ | △ | △ | △ | △ |
| | 乳腺超音波 | △ | △ | △ | △ |
| | 子宮頸がん検診 | △ | △ | △ | △ |